

## SOLICITUD DE REDUCCIÓN DE CUOTAS COLEGIALES POR MOTIVO DE IT POR MATERNIDAD

La Dra. \_\_\_\_\_  
con número de colegiada \_\_\_\_\_, solicita la reducción de cuotas colegiales por motivo de Incapacidad Laboral por Maternidad.

La abajo firmante adjunta a esta solicitud el documento requerido:

- Documento de baja laboral donde se explicita que el motivo de la baja es la Maternidad.

También, se compromete a notificar cualquier cambio que se produzca en caso de que deje de estar en situación de incapacidad. El COOER podrá realizar ajustes en las cuotas dejadas de ingresar en caso de que se ponga de manifiesto alguna inexactitud o error en los datos proporcionados.

En Logroño a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

Fdo.

Doy mi consentimiento para que los datos personales facilitados sean tratados por el COLEGIO OFICIAL DE ODONTÓLOGOS Y ESTOMATÓLOGOS DE LA RIOJA para las finalidades y funciones que le son propias y, en el presente caso, para gestionar la presente solicitud de reducción de cuotas por motivo de maternidad. Puedo ejercer los derechos de acceso, rectificación, supresión, limitación y oposición al tratamiento de los datos ante el Responsable del tratamiento: Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de La Rioja con CIF 2666008D, Ruavieja 67-69, 2º 26001. Logroño. La Rioja, por correo postal, email [cooe26@infomed.es](mailto:cooe26@infomed.es) o a través de correo postal. Puedo, también, presentar reclamación ante la Autoridad de Protección de Datos.